



SOLICITUD

DATOS D	EL SOCIO TIT	ULAR							
Apellido y No	mbres:								
Fecha Nac.: / / D.N.I.:					Tel. Part.:	Tel. Part.: Tel. Cel.:			
Domicilio: Calle:					N°:	Piso:	Dpto.:	Edificio:	
Block:	Manzana:	Sector:	Casa:	Escalera:	Barrio:		C.P:	Loc.:	
Prov.:		C.U.I.L.:			E-mail:				
DATOS D	EL RECIÉN NA	CIDO							
Apellido y Nombres:						Parentesco con el titular:			
D.N.I.:	.N.I.: C.U.I.L.:					Fecha de Nac.: / /			
Peso al nacer	eso al nacer: Talla (altura) al nacer:					Semanas de gestación al nacer:			
¿El recién nac	ido, actualment	te tiene otra col	oertura de Obr	a Social? Sí	No 🗌	¿Cuál?:			
DECLAR	ACIÓN JURAD.	A DE PATOLO	GÍAS						
"Observacion el ingreso a la	nes". En caso de r 1 Mutual, el misr	no estar especif no será evaluad	icada la patolog o por la Audito	gía que padece, ag oría Médica, quien	regarlas en el decidirá al re	espacio de "Otra specto. Los casc	s". El cumplimien s rechazados no	raciones necesarias en el espacio to de este cuestionario no implica serán reconsiderados. En caso de ontrato por exclusiva culpabilidad	
ENFERME	DADES INFEC	TOCONTAGIO	DSAS						
HIV: Sí	No 🗌	Нер	atitis B: Sí	No 🗌	Chagas:	Sí No	Tox	coplasmosis: Si No	
OBSERVACION	ES:				OTRAS:				
MALFOR	MACIONES CO	NGÉNITAS							
Cardiopatía (Congénita Corre	gida: Sí 🗌 No	Labi	o leporino: Sí	No 🗌	Pie bot: Sí	No Displ	asia de cadera: Sí 🔲 No 🗌	
OBSERVACION					OTRAS:				
	ÍAS CROMOS								
Sinarome ae	Down: Sí	No 🔛							
OBSERVACION	ES:				OTRAS:				
VACUNA				B 1 11 (11)	D 6' -				
BCG: Sí	No		Prime	era Dosis Hepatitis	s B: Si	No 📋			
COMPLETA	R, FIRMAR Y ENV	IAR A LA ADMIN	ISTRACIÓN POR	. CORREO POSTAL, I	FAX O CORREO	ELECTRÓNICO			
		(LUGAR	Y FECHA)			,	de	de 20	
solicita el ing Dejo constan	reso a la Mutua	l del recién naci e son de mi cond	do. cimiento el reg					, Socio N°omo así también la Ley N° 25326	
FIRMA			ACLA	RACIÓN			TIPO Y N° DE DO	CUMENTO	